

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912 — N° 5.

DE LA
CURABILITÉ DES RÉTROVERSIONS

PAR

LES PESSAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul JOLY

Né à La Clayette (Saône-et-Loire), le 12 décembre 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1911

DE LA
CURABILITÉ DES RÉTROVERSIONS

PAR
LES PESSAIRES

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912 — N° 5.

DE LA
CURABILITÉ DES RÉTROVERSIONS

PAR

LES PESSAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

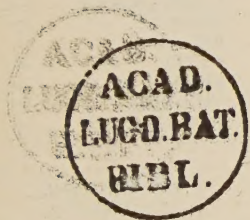
Et soutenue publiquement le 21 novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul JOLY

Né à La Clayette (Saône-et-Loire), le 12 décembre 1886.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		X...
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		COURMONT (P.).
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		X...
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBU.	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUG. POLLOSSON, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. VILLARD et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de reconnaissance

A MES AMIS

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder ce travail, qui constitue le couronnement de nos études médicales, nous considérons comme un devoir d'adresser tous nos remerciements à nos maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux, qui ont consacré leur temps à la tâche, souvent difficile, de notre éducation médicale.

Nous prions M. le professeur A. Pollosson, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, d'accepter l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions tout spécialement M. le docteur Violet, chef de la clinique gynécologique, qui nous a inspiré l'idée de ce travail, et ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils.

Nous remercions également MM. les docteurs Goulroud, Jamin, Pellanda, Quincieu, Jambon, qui nous ont permis de puiser largement dans leurs observations.

Enfin, nous prions tous nos amis, qui ont partagé notre vie, nos plaisirs et nos peines, en particulier les docteurs Demôle, Dellac, Billot, de croire à notre inaltérable affection et de recevoir nos meilleurs vœux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les déplacements de l'utérus en arrière sont de beaucoup les plus fréquents et entrent pour une assez large part dans la pathologie utérine. Sängér, sur 700 maladies de femmes, a compté 108 cas de rétrodéviations, soit 15,45 p. 100. Winckel a trouvé 19,10, et Löhlein, 17 à 18 p. 100.

Il est pourtant peu de questions qui aient soulevé autant de discussions que celles du traitement et de la guérison des rétroversions de l'utérus. Mise à l'ordre du jour successivement au Congrès de Bordeaux en 1895, puis au Congrès français de chirurgie en 1896, enfin au Congrès de Genève en 1897, elle a été l'objet de nombreux travaux (Trélat, Richelot, Bouilly). Aussi peut-on dire qu'actuellement la question est à peu près tranchée au point de vue chirurgical :

Dans la *rétroversion mobile* : opération d'Alquié-Alexander.

Dans la *rétroversion adhérente* : laparotomie avec un des nombreux procédés de ligamentopexie.

Dans beaucoup de ces cas, la rétroversion n'est rien, la salpingite est tout : la *castration totale* est le seul traitement.

Par ces temps de chirurgie à outrance, beaucoup de

gynécologues considèrent la rétroversion comme uniquement justiciable d'un traitement chirurgical. Dans maints classiques on signale le pessaire comme une chose historique; d'autres ne discutent pas du tout la question de parallèle du pessaire et de l'opération; d'autres enfin, qui la discutent, considèrent le pessaire comme un moyen uniquement palliatif, en disant que toute rétroversion doit être fatalement opérée.

Nous nous proposons, dans ce travail, de protester un peu contre cette idée, affirmant que certains cas pourront être guéris par la pessarothérapie. A Lyon, les idées que nous allons exposer sont classiques et enseignées depuis longtemps par notre maître, M. le professeur Pollosson.

Nous voulons, par conséquent, apporter ici un certain nombre d'observations dans lesquelles on verra que le port d'un pessaire a déterminé la guérison complète de la rétroversion, et essayer, d'autre part, de différencier les cas où des résultats peuvent être espérer de ceux dont il n'y a rien à attendre.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie des Rétroversions.

La rétroversion est caractérisée par la situation stable en arrière du fond de l'utérus; à la rétroversion s'ajoute le plus souvent un degré assez variable de flexion, et, dès lors, il est logique de confondre dans le langage courant : rétroversion et rétroflexion.

Avec M. le professeur Pollosson, il convient de distinguer trois degrés à la rétroversion, suivant que :

1° Le fond, tout en étant en arrière de la verticale, reste plus haut que le col (1^{er} degré);

2° Le fond est sur le même niveau que le col (2° degré).

3° Le fond est plus bas que le col (3° degré).

Ainsi considérée, la rétroversion est un vice de position utérine que révèlent le palper et le toucher combinés, et que peut confirmer, dans certains cas difficiles, l'examen à la sonde.

Ce vice de position utérine constitue-t-il une entité pathologique ? ou bien est-ce un symptôme, résultat de causes pathologiques très diverses ?

Il est bien certain que la rétroversion constitue sou-

vent un symptôme, une déviation tout à fait secondaire, accessoire. C'est ainsi que la rétroversion qui accompagne les kystes de l'ovaire, qui est sous la dépendance de ces kystes, n'a rien de commun avec la rétroversion dite post-puerpérale. La rétroversion est secondaire au développement du kyste de l'ovaire. C'est celui-ci qu'il faut traiter; ce qui ne veut pas dire que le kyste ayant été enlevé, il ne faut rien faire pour remettre l'utérus en bonne position. Il en est de même des rétroversions consécutives au développement des fibromyomes. Un fibromyome interstitiel, développé dans la paroi postérieure de l'utérus, peut, à un moment donné, déterminer la chute de l'utérus en arrière, et son enclavement dans le petit bassin. Un fibromyome pédiculé, développé sur la paroi antérieure, peut, par son poids, refouler l'utérus en bas et en arrière et créer une rétroversion. Dans tous ces cas, le traitement doit s'adresser à la cause, sans oublier que si l'utérus est ainsi resté longtemps en mauvaise position, le col, fortement repoussé en avant, les ligaments utéro-sacrés se seront peu à peu relâchés, auront été surdistendus, et, ne pouvant reprendre d'eux-mêmes leur tonicité, il faudra, par une opération orthopédique, ramener le corps utérin en avant et remettre le col en position normale. Ces rétroversions doivent porter le nom de *rétroversions secondaires*.

Parmi les rétroversions, il en est qui sont dues à de la périmérite, c'est-à-dire à des adhérences péritonéales du fond et de la paroi postérieure de l'utérus avec le péritoine de la paroi pelvienne ou avec celui du rectum. Ces adhérences sont le résultat de processus inflammatoires, le plus souvent d'origine utérine ou annexielle, quelque-

fois d'origine intestinale ou appendiculaire, quelquefois encore, elles sont le résultat de la résorption d'une hématoecèle. Ces rétroversions, fonctions d'adhérences péritonéales, sont dites irréductibles. Elles sont chirurgicales au premier chef, quoiqu'il ne faille pas se laisser, ici, suggestionner uniquement par le symptôme déviation. Il y a d'abord des cas qui n'exigent aucun traitement, dans lesquels la rétroversion constitue un processus de guérison, point sur lequel M. Pozzi a parfaitement insisté. Si les poussées annexielles sont éteintes, si l'élément métrite est en voie de guérison, si le degré de flexion utérine ne gêne point l'écoulement des sécrétions, l'attitude de l'utérus, quelque anormale qu'elle soit, pourra être considérée comme le résultat de processus de cicatrisation et comme une guérison. Ce serait une erreur de partir en guerre contre cet utérus anormalement placé.

On peut observer des malades, anciennement atteintes d'une infection gonorrhéique avec pelvi-péritonite et annexite bilatérale, dont la seule manifestation actuelle est une rétroversion adhérente. Les annexes ne sont plus perceptibles, l'utérus est tout petit, et, à part une stérilité irrémédiable, ces malades n'ont plus rien de pathologique.

Mais le résultat n'est pas toujours aussi beau; et entre les cas où, sans vouloir réduire l'utérus, il convient de parer aux poussées congestionnelles du côté de l'utérus ou des annexes, d'assurer au canal cervical une bonne perméabilité, il y a tous les cas où les lésions annexielles passant au premier plan peuvent indiquer une exérèse partielle ou totale, une intervention conservatrice ou radicale. Dans ces cas de rétroversion avec annexite, jus-

ticiables d'une intervention, on peut dire que la rétroversion n'est rien et que l'annexite est tout, ou bien que si l'utérus joue un rôle dans cet ensemble symptomatique, c'est beaucoup plus par son élément métrite que par son vice de position.

Ces rétroversions d'origine annexielle ou périmétritique doivent être encore considérées comme *secondaires*, c'est-à-dire qu'elles sont conditionnées par la pelvi-péritonite.

Toutefois, quand nous disons que ces rétroversions sont secondaires, il faut savoir que les rétroversions primitives, les rétroversions mobiles, peuvent, à un moment donné, si elles ne sont pas réduites, si elles ne sont pas traitées, retentir sur le péritoine utérin, sur le péritoine pelvien et sur les annexes. C'est là un point sur lequel Jayle et Lima ont attiré l'attention, si bien que lorsque de pareils processus péritonéaux se sont développés et aggravés, il peut être difficile de dire si c'est la rétroversion qui, à la longue, a causé la péritonite plastique, ou si c'est la péritonite qui a entraîné la déviation de l'utérus. En tout cas, ces faits prouveraient le bien-fondé de ceux qui veulent, comme l'enseigne depuis longtemps notre maître, M. le professeur Pollosson, qu'on traite, c'est-à-dire qu'on réduise toutes les rétroversions mobiles dès qu'elles sont diagnostiquées.

Voyons maintenant les rétroversions *primitives*. Nous appelons ainsi celles dont la cause paraît plus difficile à établir du fait qu'elles existent ou paraissent exister à l'état isolé et ne trouvent aucune explication dans l'état des organes voisins. Ces rétroversions primitives comprennent tout le groupe des rétroversions *mobiles*, des

rétroversions *réductibles*. Parmi celles-ci, il convient de distinguer, au point de vue clinique, les rétroversions *mobiles* et les rétroversions *mobilisables*. Il faut connaître cette dernière catégorie qui simule les rétroversions irréductibles. Certains cas peuvent même exiger l'examen sous anesthésie (Pozzi). Notre maître, M. le professeur Pollosson, a toujours tranché le problème par l'examen à la sonde.

On peut classer les rétroversions mobiles d'après deux conceptions, suivant qu'on considère le moment où elles surviennent, ou bien la cause qui les produit. Au point de vue du moment étiologique, nous distinguerons :

- 1° *Des rétroversions chez les vierges et les nullipares;*
- 2° *Des rétroversions post-puerpérales* (accouchement ou avortement);
- 3° *Des rétroversions survenant à la fin des maladies chroniques cachectisantes;*
- 4° *Des rétroversions séniles.*

A un autre point de vue, on peut distinguer :

- 1° La rétroversion congénitale par infantilisme;
- 2° La rétroversion traumatique;
- 3° La rétroversion métrite;
- 4° La rétroversion par paramétrite (cicatrices vicieuses et rétraction des inflammations du paramètre);
- 5° La rétroversion par subinvolution de l'utérus et de ses ligaments.
- 6° La rétroversion par ptose congénitale ou acquise, ou par prolapsus;

Cette classification est un peu longue. Elle se rapproche toutefois d'un certain nombre d'autres classifications.

Schultze, dans son *Traité des déviations utérines*, distingue cinq groupes :

1° La rétroversion causée par un vice de développement ou la régression sénile vicieuse;

2° La rétroversion suite de fixation du col en avant;

3° La rétroversion par fixation du col en arrière et en haut, l'utérus étant devenu raide par suite de la métrite;

4° La rétroversion par excès de longueur de la paroi antérieure de l'utérus;

5° La rétroversion suite de relâchement des plis du Douglas.

Dans cette classification de Schultze, il est bien certain qu'il faut abandonner le troisième groupe, qui donne de la rétroposition, mais non de la rétroversion. Quant au quatrième groupe, il paraît répondre à une idée théorique émise par E. Martin, qui n'a jamais été contrôlée et qui n'est plus admise aujourd'hui.

Parmi les auteurs français. M. Auvard a donné une classification qui mérite qu'on s'y arrête. Il distingue :

La rétroversion isolée;

La rétroversion avec tumeur;

La rétroversion avec métrite;

La rétroversion avec effondrement vulvo-vaginal;

La rétroversion avec paramétrite, périmétrite ou salpingite.

Il laisse de côté la *rétroversion indifférente*, déviation qui ne détermine aucun trouble et qui ne nécessite aucun traitement.

De cette classification, nous éliminons les rétroversions avec tumeurs qui sont des rétroversions secondaires. Il en est de même des rétroversions avec périmétrite ou sal-

pingite, puisque nous ne nous occupons que des rétroversions mobiles. Il resterait donc la rétroversion *métrite*, la rétroversion avec *effondrement vulvo-vaginal*, qui est notre rétroversion prolapsus et la *rétroversion isolée*, dénomination qui comprend tout un groupe de faits sur lesquels porte encore la discussion et qui ne préjuge en rien de la conception pathogénique. Cette dernière comprendrait la rétroversion congénitale par vice de développement, la rétroversion traumatique, la rétroversion par subinvolution et la rétroversion par ptose. Encore resterait-il la rétroversion indifférente, dont la conception pathogénique n'est pas même ébauchée.

La majorité des classiques français (Pozzi, Legueu), ne s'attardent pas à cette classification. Ils font tous allusion à la rétroversion congénitale, mais ensuite, il n'existe que deux formes étiologiques de rétroversions :

La rétroversion métrite (qui comprend la majorité des cas);

La rétroversion ptose ou rétroversion indifférente.

M. le professeur Pozzi, dont le nom fait autorité en gynécologie, a écrit un article dans la *Revue de gynécologie*, 1907, dans lequel il soutient qu'en dehors de l'infection utérine, en dehors de la métrite, la rétroversion utérine reste sans symptômes et n'a pas besoin d'être traitée. Il existe bien, d'après lui, des cas de rétroversion en dehors de ceux qui sont liés à l'infection utérine; mais alors, ils sont liés à la ptose, à l'abaissement utérin et il s'agit beaucoup plus de soutenir l'utérus que de le réduire.

Pour M. le professeur Pozzi, la rétroversion devrait disparaître du cadre nosologique, elle ne serait qu'un

symptôme. Quelques auteurs à l'étranger (Krönig-Theilhaber) pensent que les symptômes qui accompagnent les rétroversions tiennent beaucoup plus à l'état général qu'à l'état local, et qu'ils doivent être mis sur le compte de l'hystérie concomitante. La plupart des gynécologues français (Bouilly-Richelot) n'admettent pas cette façon de voir; l'école lyonnaise et M. Pollosson en particulier considèrent la rétroversion comme une entité morbide. Les malades atteintes de rétroversion ont un complexe symptomatique, qui disparaît avec la réduction de la rétroversion.

Pour en revenir à notre classification, nous étudierons d'abord :

I.— *Les rétroversions chez les vierges et les nullipares.*

Ces rétroversions comprennent :

a) *Les rétroversions congénitales*, c'est-à-dire des rétroversions par vice de développement, par infantilisme. Ce vice de développement peut porter sur la totalité du canal utéro-vaginal et peut laisser un vagin court et un utérus infantile en position rétroversée. D'autres fois, le vice de développement a laissé uniquement une brièveté de la paroi vaginale antérieure et, par suite, une rétroversion; il existe en même temps un col très développé et, par suite, l'utérus ne peut subir son mouvement d'évolution en avant.

b) *Les rétroversions traumatiques*. Ces rétroversions peuvent apparaître, en effet, chez des jeunes filles à la suite d'une chute sur le dos ou sur le siège. Il est quelquefois difficile d'affirmer cette pathogénie, mais les faits cliniques sont nombreux de jeunes filles qui jusqu'à ce moment-là ne présentant aucune douleur, font remonter

l'étiologie de leur mal à cette chute. On peut se demander dans plusieurs cas s'il s'agit d'une rétroversion congénitale ou ptosique, exagérée seulement par le traumatisme, ou bien uniquement attribuable au traumatisme. On admet généralement qu'une chute, survenant lorsque la vessie est pleine et que l'utérus est refoulé en arrière, peut déterminer ce vice de position. Dans quelques cas, on a pu constater des épanchements sanguins intraligamentaires, qui se sont résorbés peu à peu. Cette constatation vient confirmer le rôle du traumatisme.

c) *Les rétroversions par ptose.* A ce point de vue, il faut, au sujet de la rétroversion, considérer, comme pour le rein mobile, qu'elle peut résulter soit d'une ptose congénitale, soit d'une ptose acquise. La ptose acquise est celle qui survient à la suite des grossesses et des accouchements, à la suite des amaigrissements rapides et considérables des maladies cachectisantes, ou des surmenages physiques ou moraux. Sous le nom de ptose congénitale, on comprend les déplacements et la chute des organes survenant du fait seul de la qualité des tissus de soutien, des ligaments et des aponévroses. Il existe des individus dont ces tissus de soutien sont doués d'une trop grande élasticité naturelle, laquelle permet la mobilisation et le déplacement des organes de la cavité abdominale en dehors de toute autre condition pathologique. Ces faits sont bien connus; ils ont été décrits par tous les auteurs sous des noms différents : ce sont les arthritiques de M. Richelot; les dégénérés du tissu cellulaire de M. Tuffier.

II. *Les rétroversions post-puerpérales :*

Ces rétroversions post-puerpérales constituent la gran-

de majorité des rétroversions mobiles. Schultze considère d'ailleurs que la rétroversion consécutive à l'affaiblissement des plis de Douglas constitue les 90 p. 100 des rétroversions. Normalement, lors de la régression de l'utérus, c'est-à-dire de son involution, il existe de l'antéversion. Les auteurs classiques anciens (Tarnier, Crédé) ont montré qu'à la troisième, quatrième et cinquième semaine l'utérus normal était toujours en antéflexion. La rétroversion peut être constatée à la même époque, dans un certain nombre de cas que les accoucheurs évaluent à 1/10° ou 1/20° des cas (Olshausen).

Si l'on réfléchit aux conditions anatomiques et physiologiques de l'involution utérine post-puerpérale, on est étonné que les rétroversions ne soient pas plus fréquentes, étant donné qu'on laisse les parturientes pendant toutes les suites de couches dans la position horizontale sur le dos et que le poids de l'utérus à ce moment devrait, à lui seul, l'entraîner en arrière, dans la portion postérieure du bassin. Les ligaments qui s'opposent à la rétroversion sont certainement les ligaments de Douglas, lesquels se sont hypertrophiés également pendant la grossesse : ce sont les muscoli retractorés de Luschka, les muscles lisses de Rouget. Si ces éléments de fixation viennent à se relâcher, le col se porte en avant et le corps a de la tendance à tomber en arrière, sous l'influence de la pression intra-abdominale et de celle des organes de la cavité, qui, dès lors, agissent plus sur la surface antérieure de l'utérus que sur sa surface postérieure. Le fond de l'utérus est donc porté vers la concavité du sacrum et on a une rétroversion. La rétroflexion est alors conditionnée par la flexibilité du corps sur le col, au niveau de

l'isthme. Celle-ci est fonction naturellement d'un certain degré d'atonie de l'utérus.

En somme, la rétroversion post-puerpérale trouve son explication toute naturelle dans la perte de tonicité des muscles lisses contenus dans les ligaments utéro-sacrés, dans l'affaiblissement des plis de Douglas. Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle au relâchement des ligaments ronds. Il est fort possible, en effet, que ce relâchement ait quelque action ; mais il ne peut avoir une action primordiale qu'à condition d'être associé à l'affaiblissement des plis de Douglas, car le poids d'un utérus, qui est de 500 grammes dans les premières semaines de l'involution puerpérale, ne trouve pas dans la force des ligaments ronds, même hypertrophiés, une résistance suffisante.

Mais quelle est la cause de ce relâchement et de cette atonie de ces muscles lisses ? Cette cause première est très difficile et nous échappe. Nous disons alors qu'il y a subinvolution utérine, c'est-à-dire atonie de l'utérus et de ses ligaments, c'est-à-dire que la décongestion et la régression de l'utérus se font mal. Dans ces conditions, il peut arriver que la diminution de volume des ligaments se fasse plus vite qu'au niveau de l'utérus et qu'à un moment donné ces ligaments deviennent insuffisants pour un poids utérin considérable. Il y aurait alors *dysharmonie*, au lieu de parallélisme *entre la régression utérine et celle de ses ligaments*. Dès lors, l'utérus en puerpéralité qui est plus lourd qu'à l'état normal, subit plus énergiquement l'effet de son poids. A la fin de la première semaine, l'utérus est déjà devenu assez petit pour que le fond de l'organe trouve de la place dans le petit bassin,

mais il pèse encore 500 grammes. A cette période, comme le fait remarquer Schultze, la pression abdominale qui, à l'état ordinaire, s'exerce contrairement à la situation de l'organe et maintient l'utérus en antéflexion, cette pression est réduite à très peu de chose, en raison de la flaccidité des parois abdominales et de la situation en position dorsale. Dans ces conditions, s'il existe un défaut de parallélisme entre la régression utérine et celle de ses ligaments, le poids de l'utérus tire sur les ligaments de Douglas, les allonge progressivement et peu à peu le corps utérin tombe en arrière. Ces quelques considérations ont une assez grande portée au point de vue de l'hygiène post-puerpérale. Il est bien certain que la seule façon d'éviter cette surcharge de poids aux ligaments utéro-sacrés serait de recommander, au lieu de la position dorsale, le décubitus ventral, la position génu-pectorale, et, ce qui serait mieux, de temps en temps, des exercices de marche à quatre pattes.

Pour beaucoup d'auteurs, tout s'expliquerait par de l'infection. Pour eux, la *subinvolution* serait une *infection atténuée*, et cette infection, se propageant au paramètre postérieur, déterminerait l'atonie, la parésie des ligaments rétracteurs de l'utérus. Bien plus, elle expliquerait aussi l'arrêt de la régression de l'involution utérine. Les utérus infectés restent, en effet, gros et lourds; chez eux, la diminution de volume se fait moins bien et cette dysharmonie, signalée plus haut, est encore plus accusée.

Il est bien certain que la *métrite* joue un grand rôle dans la genèse des rétroversions. Cela est évident, surtout dans les rétroversions post-abortives. L'infection est,

en effet, plus fréquente dans les avortements que dans les accouchements; et, d'autre part, pour les avortements précoces, la notion de subinvolution ou de tout processus non infectieux est plus difficile à admettre comme pathogénie de la rétroversion. Il est, de plus, un fait clinique, constaté par beaucoup d'auteurs, c'est que, dans les cas de rétroversions post-puerpérales observées après un certain nombre de mois, la métrite existe dans un grand nombre de cas et est très facile à mettre en évidence par l'examen des sécrétions. Cette métrite est-elle ou bien secondaire à la rétroversion, ou bien a-t-elle été la cause de la rétroversion ? C'est un point sur lequel nous ne discuterons pas davantage ; il faut bien admettre la part des *rétroversions-métrites* dans la catégorie si nombreuse des rétroversions puerpérales, mais l'élément métrite est incapable d'expliquer tous les cas de rétroversions post-puerpérales.

Nous dirons donc : la rétroversion post-puerpérale s'explique pour certains auteurs par la subinvolution ; pour d'autres, la cause principale serait la métrite.

A côté de ces deux causes ou de ces deux conceptions, il existe une troisième conception étiologique des rétroversions : c'est la *ptose acquise* ou *relâchement de l'appareil de soutien de l'utérus*. Cette notion trouve sa confirmation dans ce fait, qu'au point de vue clinique, ces rétroversions s'accompagnent de relâchement de la paroi abdominale, d'abaissement du foie, du rein, et de ptose intestinale ; et il faut au point de vue thérapeutique conseiller, avec le port du pessaire, le port d'une ceinture abdominale. Les lésions de ptose au niveau de l'utérus portent non seulement sur l'utérus, mais aussi sur le

dôme vaginal dont la statique est la même : il y a rétroversion et abaissement utérin.

Cette rétroversion avec abaissement utérin peut être isolée, c'est-à-dire n'intéresser que l'utérus et le dôme vaginal; les lésions peuvent exister en dehors de toute lésion du plancher pelvien et du périnée; elles peuvent exister isolément sans cystocèle, sans rectocèle ; les ligaments de l'utérus et du dôme vaginal peuvent être relâchés en dehors de toute lésion périnéale, et c'est ce qui se passe pour les ploses. En effet, les grandes opérations abdominales pour cancer nous ont appris que le véritable soutien de l'utérus est dans les aponévroses qui fixent le dôme vaginal. Les lésions de ces aponévroses déterminent l'abaissement utérin, lequel s'associe fréquemment à la rétroversion. Il est donc facile de voir que, au point de vue anatomique, il y a une différence entre la rétroversion simple sans abaissement, qui est due à l'atonie, au relâchement des muscles lisses que contiennent les plis de Douglas, muscles qui s'hypertrophient au cours de la grossesse ; tandis que l'abaissement utérin est causé par le relâchement des tissus aponévrotiques qui fixent la base du ligament large et le dôme vaginal.

Cette rétroversion avec abaissement utérin, avons-nous dit plus haut, peut n'intéresser que l'utérus et le dôme vaginal avec intégrité du périnée. Dans d'autres cas, la lésion trophique a porté sur toutes les aponévroses pelviennes et périnéales : le périnée n'a pas été déchiré, la hauteur de la fourchette est conservée, mais c'est un périnée qui n'a que de la façade, qui n'a point d'épaisseur. Dans d'autres cas enfin le plancher pelvien a été effondré par le traumatisme obstétrical et c'est la rétro-

version associée au prolapsus des parois vaginales, c'est la rétroversion avec effondrement vulvo-vaginal de Auvar.

En résumé, les rétroversions post-puerpérales ont des processus pathogéniques multiples. On peut admettre :

1° Des lésions des muscles lisses des ligaments utéro-sacrés (subinvolution);

2° De la métrite;

3° Des lésions des aponévroses de soutien de l'utérus et du dôme vaginal (ptose et prolapsus).

Toutefois, le mot de rétroversion post-puerpérale mérite d'être conservé parce que si, dans un certain nombre de cas typiques, il est facile de reconnaître le processus par lequel cette rétroversion a été créée, il en est quelques-uns dans lesquels les trois éléments mentionnés plus haut se mêlent, s'ajoutent de telle façon qu'il est impossible de catégoriser autrement que par leur moment étiologique ces rétroversions. Il en est d'autres dans lesquels l'élément métrite passe au premier plan d'une façon indéniable et pour lesquels l'idée d'un curettage, d'une amputation du col, vient immédiatement à l'esprit; il y a encore des cas avec cystocèle, rectocèle avec abaissement utérin tel, que les lésions de prolapsus sont non moins évidentes; il en est enfin où la ptose vient compliquer la subinvolution.

La majorité des ptoses abdominales surviennent après la grossesse et l'accouchement. La paroi abdominale est flasque et relâchée, le rein s'abaisse, le signe de l'épreuve de la sangle est positif; ce sont des malades qui se trouvent toutes très soulagées par une ceinture. Mais ce qui se passe du côté du rein (ptose rénale avec antéversion

ou rétroversion), du côté du foie (ptose avec antéversion), du côté de l'estomac, de l'intestin et plus particulièrement du gros intestin (côlon transverse), se passe également du côté de l'utérus et on a un abaissement avec rétroversion. Ce sont là des lésions dues à une mauvaise hygiène, au manque d'exercice, à la congestion passive paralysant et atrophiant les tissus aponévrotiques; elles sont peut-être dues surtout à l'existence de mauvais tissus, qui, ayant subi une première distension ou surdistension, ne sont plus capables de revenir à leur tonicité primitive. Or, la grossesse pour les aponévroses abdominales, l'accouchement pour les aponévroses pelviennes, suffisent largement à elles seules pour déterminer ces lésions.

Bien plus, beaucoup de ptoses post-puerpérales doivent être attribuées à des amaigrissements, causes que nous allons retrouver tout à l'heure à notre troisième catégorie de rétroversions. Dans beaucoup de cas, on peut noter des amaigrissements considérables survenant après des grossesses; les amaigrissements sont dus, le plus souvent à l'allaitement, au surmenage qu'occasionnent les premiers soins à donner aux enfants, et beaucoup de ptoses ont cette étiologie.

III. *Rétroversions par maladies cachectisantes :*

Il est un groupe de rétroversions assez rares, mais dont la pathogénie est bien instructive au point de vue de l'étiologie probable de certaines rétroversions post-puerpérales, beaucoup plus fréquentes : ce sont les rétroversions qui se voient dans la convalescence ou à la fin de certaines maladies cachectisantes à évolution assez rapide. Certaines maladies infectieuses déterminant un

amaigrissement considérable dans un espace de temps assez court sont la cause de dystrophies du côté des organes de soutien de l'abdomen. Beaucoup de reins mobiles ont cette étiologie et l'on peut voir guérir les malades simplement par l'engraissement au bout d'un certain temps. Il en est de même pour la rétroversion. La majorité des classiques signalent des faits analogues dans la convalescence des fièvres typhoïdes, des maladies infectieuses graves et plus particulièrement encore de la tuberculose. Nos maîtres nous ont dit avoir observé des faits analogues, et l'observation que nous rapportons en est un très bel exemple. En général, dans ces formes, il y a de la rétroversion associée à un certain degré de prolapsus, parce que la lésion a porté sur tous les tissus ligamentaires et aponévrotiques et a porté aussi bien sur les éléments de soutien de l'utérus que sur les aponévroses périnéales. Cette forme nous éclaire suffisamment sur la genèse de certaines rétroversions post-puerpérales, qui peuvent être attribuées à des amaigrissements comme on en voit si souvent chez les jeunes femmes, par suite de surmenage.

IV. Quant à la *rétroversion sénile*, elle n'est intéressante qu'au point de vue pathogénique; elle est un exemple de plus de la dysharmonie qui peut exister à cette période où survient l'atrophie de l'utérus et de ses ligaments. Si justement l'utérus régresse moins vite que ses moyens de soutien, son poids l'entraîne en arrière. Là, il ne détermine en général aucun trouble pathologique de par ce fait que l'âge des congestions est disparu, mais il reste une amorce au prolapsus si fréquent autour de la ménopause.

CHAPITRE II

Traitement par les Pessaires.

Le traitement non sanglant des rétroversions est un traitement simple. Il doit assurer dans deux temps successifs : la réduction et la fixation de l'utérus.

L'anesthésie est contre-indiquée dans tous les cas.

Nous passerons rapidement sur les divers procédés de réduction de la rétroversion. Nous ne ferons que mentionner la méthode obtenant la réduction par la position gènu-pectorale donnée aux malades, dite « méthode de la reposition spontanée aérienne » (Courty).

La réduction bimanuelle, ou manœuvre de Schultze, décrite partout, suffit dans beaucoup de cas, et plus particulièrement lorsque l'on a des parois abdominales souples. Beaucoup d'auteurs, M. Pollosson en particulier, préfèrent la réduction à l'hystéromètre, comme donnant des corrections beaucoup plus rapides, moins douloureuses et plus complètes. « J'insiste beaucoup, dit Bouilly, sur la nécessité absolue de la correction complète de la déviation, obtenue par l'introduction de l'hystéromètre, et j'ajoute, sur la facilité extrême de cette réduction, dans l'immense majorité des cas. La plupart des échecs du port du pessaire sont dus à l'insuffisance

ou au défaut de cette correction ; l'appareil mal choisi, la plupart du temps, est appliqué sans redressement préalable ou après un simple refoulement digital ; il est chargé de faire toute la besogne, le redressement et la correction, et on l'accuse avec raison de ne faire ni l'un ni l'autre. Dans ce cas, le remède est pire que le mal : c'est comme si l'on appliquait un bandage sur une hernie non réduite. »

L'utérus une fois réduit, on applique un pessaire.

Souvent le traitement ne sera pas aussi simple que nous l'indiquons. Il y a, en effet, des rétroversions avec métrite : ces utérus gros, mous, lourds, retombent sur le pessaire ; il y a également des rétroversions avec paramétrite : là, le pessaire sera intolérable. Nous devons donc, dans ces cas, préparer le pessaire et pour cela faire pendant quelque temps de la colummisation ; nous diminuerons ainsi peu à peu les douleurs, la congestion, la métrite, la paramétrite, et le pessaire pourra être appliqué d'une façon utile et supportable.

On doit choisir le pessaire pour chaque cas, selon les dimensions du vagin, et c'est là l'un des points les plus délicats. Trop petit, il n'est d'aucune utilité ; trop grand, il devient intolérable. Il est bon de ménager une petite encoche à la partie antérieure, pour éviter la compression de l'urètre.

Le nombre des pessaires employés pour maintenir les rétroversions est considérable et augmente tous les jours. Nous ne les décrirons point, nous contentant de dire que les plus simples (pessaire de Hodge, pessaire de Smith) sont aussi les meilleurs. M. le professeur A. Pollosson insiste beaucoup sur la nécessité pour les pessaires

d'avoir des dossiers suffisamment élargis dans le sens transversal.

Le mode d'action des pessaires, quoique variable pour chacun d'eux, est identique dans les grandes lignes; en général, ils agissent par distension du dôme vaginal. Ils sont choisis ordinairement d'un volume tel qu'ils ont de la peine à franchir l'orifice vulvaire, et ce n'est que sous une pression considérable qu'on arrive à les introduire. Dès lors, ils prendront un point d'appui d'un côté sur le périnée et sur les branches des muscles pubo-rectaux, et de l'autre sur la partie postérieure et latérale de l'ampoule vaginale, qu'ils distendent : c'est le cas de l'anneau rond.

Les pessaires en levier, pessaires en berceau, pessaires de Hodge, pessaires de Smith ont un triple point d'appui : ils ont un point d'appui périnéal, c'est-à-dire sur le périnée et le releveur de l'an us par le milieu de la convexité de leurs branches; tandis que l'extrémité de leurs branches vient presser en avant sur la paroi antérieure vaginale, en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas. Comme le dôme vaginal est doublé d'une aponévrose qui constitue l'élément capital de soutien de l'utérus, la mise en tension de ces aponévroses par le pessaire constituera un excellent moyen de fixation de l'utérus réduit.

Il nous est facile maintenant de comprendre que la condition essentielle pour appliquer utilement un pessaire, c'est d'avoir un périnée solide. Si le périnée est éculé ou insuffisant, nous devons tout d'abord le réparer, le consolider : et c'est après l'opération seulement que nous devons traiter la rétroversion par le pessaire.

Nous devons ajouter encore, et la chose est trop évidente pour être démontrée, que le pessaire a beaucoup moins d'action sur les rétroflexions. A ce point de vue, nous devons distinguer deux catégories de rétroflexions :

1° La *flexibilité* exagérée, facile à mettre en antéverson et facile à maintenir;

2° La flexion due à la métrite, à des déformations du muscle utérin, à des rétractions péritonéales, beaucoup plus difficile à traiter.

Une fois le pessaire appliqué, le médecin devra s'assurer que l'instrument tient parfaitement dans la position debout. On ordonnera à la malade de se renverser, de s'abaisser, de s'accroupir afin de s'assurer que le pessaire résiste à la pression et au poids des viscères abdominaux et qu'il permettra à la femme de se livrer à ses occupations habituelles. Ce n'est que par le toucher vaginal que le médecin pourra se convaincre de la parfaite convenue de l'appareil. Il renouvellera le même toucher dans les mêmes conditions, à des intervalles réguliers, afin de surveiller l'action du pessaire. C'est dire que l'application d'un pessaire ne met pas fin aux relations entre la patiente et son médecin. Celui-ci doit avertir ses malades que l'ajustement et la surveillance de l'appareil nécessitent un certain nombre d'investigations; que tôt ou tard, l'instrument peut devenir défectueux et devra, en ce cas, être remplacé par un autre; que seule, une surveillance attentive peut prévenir de graves accidents; que le traitement d'une déviation utérine est chose difficile et ennuyeuse; qu'une cure si désirable ne s'obtiendra pas sans dérangements, sans persévérance et sans bon vouloir de la part des patientes.

Le traitement par les pessaires est donc un traitement toujours long. En nous basant sur nos observations, nous dirons qu'il dure de six mois à deux ans, quelquefois davantage.

Certaines rétroversions post-puerpérales récentes, c'est-à-dire remontant à trois ou quatre mois, guérissent assez rapidement grâce à la souplesse de l'utérus. En général on laisse le pessaire un an et quelquefois davantage. Mais souvent les choses ne se passent pas ainsi; les malades deviennent rapidement enceintes et viennent vous trouver pour enlever l'anneau. On attend, pour cela, la fin du quatrième mois de la grossesse. On replace le pessaire deux mois après l'accouchement et on le laisse six mois à un an, jusqu'à ce que l'utérus soit bien réduit.

Toute rétroversion restée trois mois sans récurrence peut être considérée comme guérie.

Le pessaire bien approprié et ajusté est d'ordinaire bien toléré. Beaucoup de malades n'ont ni sécrétions, ni tiraillements, ni douleurs. Chez d'autres l'épithélium vaginal est plus fragile et la tolérance beaucoup moindre. Il faudra alors se montrer prudent, changer souvent le pessaire, le supprimer de temps à autre, en le remplaçant par des tampons.

Dans tous les cas, les malades devront s'habituer à des soins de propreté minutieux (injection quotidienne d'eau bouillie additionnée d'un antiseptique faible (acide borique).

Malgré tout, le traitement par les pessaires n'est pas sans quelques inconvénients. Leur présence détermine assez souvent l'apparition d'accidents soit immédiats, soit consécutifs.

Ces accidents immédiats sont la constipation, la dysurie, les douleurs lombaires et parfois l'engourdissement des membres inférieurs. On prescrira le repos, les grands bains, mais on pourra être obligé, dans certains cas, de suspendre l'emploi des pessaires, si les phénomènes sont très aigus.

Les accidents consécutifs sont dus à l'action prolongée exercée par le pessaire sur le vagin, le col de l'utérus et les régions voisines. On les observe surtout lorsque l'appareil s'incruste de sels calcaires, à la suite d'un long séjour, ou lorsque sa substance subit des altérations. On a signalé la vaginite purulente fétide, des phlegmons du ligament large, des abcès de la fosse iliaque, suivis même de mort, des ulcérations et de l'inflammation hypertrophique du col, des fistules vésico-vaginales qui guérissent assez souvent après l'ablation du pessaire, même des fistules recto-vaginales. Il peut arriver que l'inflammation produise un véritable rétrécissement du conduit vaginal, des adhérences fibreuses qui enveloppent le pessaire et nécessitent une opération pour l'extraire.

De semblables accidents ne se présenteront qu'exceptionnellement, si l'on fait le choix d'un pessaire approprié, si l'on fait prendre les soins de propreté voulus, et si on examine les malades à des intervalles réguliers et rapprochés.

Comment le pessaire agit-il pour opérer une cure définitive ?

Dans la rétroversion avec métrite, l'effet est presque immédiat : aussitôt après la reposition, le volume de l'organe diminue, les sécrétions s'écoulent librement et le catarrhe cesse bientôt. La rétroversion disparaît avec la métrite.

Dans la rétroversion post-puerpérale (c'est-à-dire par subinvolution, par affaissement des plis de Douglas), et dans les rétroversions par ptose, le pessaire empêche la rétroversion de s'aggraver. Il met les plis de Douglas et tous les ligaments au repos, dans une situation telle qu'ils ne sont plus surchargés, plus tirillés; et si la rétroversion n'est pas trop ancienne, ces plis, ces ligaments récupéreront bientôt leur tonicité et se raccourciront. C'est alors que le massage, la gymnastique suédoise, la position genu-pectorale, l'hydrothérapie, l'exercice de la bicyclette, toutes causes favorisant la circulation du bassin, trouveront leurs indications et seront des adjuvants utiles du traitement.

CHAPITRE III

Observations.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

Rétroversion post-puerpérale, chez une malade à bons tissus, sans ptose. — Utérus métritique. — Réduction de la rétroversion quatre ans après l'accouchement. — Pessaire pendant un an. — Guérison. — Grossesse et accouchement depuis. — Maintien de la guérison.

M^{me} X..., de Montélimar, 26 ans.

Aucun antécédent héréditaire à signaler. Un frère mort d'une arthrite suppurée chronique de la hanche, probablement de nature bacillaire.

Aucun antécédent personnel, si ce n'est une crise douloureuse abdominale il y a sept ans, alors qu'elle était encore jeune fille, ayant exigé un mois de repos au lit, s'étant accompagnée de fièvre et s'étant terminée spontanément après une convalescence de deux à trois mois.

Mariée deux ans après, c'est-à-dire en 1902, elle devient enceinte très rapidement. Accouchement un peu difficile avec suites légèrement fébriles : 38°5 comme maximum. N'a pas nourri son enfant.

Depuis cet accouchement, a été soignée à plusieurs reprises et par plusieurs médecins pour de la métrite. On lui a

fait des pansements du col et de la columnisation. Depuis cette date également, c'est une malade qui souffre constamment des reins, des cuisses, qui ne peut faire beaucoup de marche sans être rapidement fatiguée. Les règles sont douloureuses, abondantes. De plus, elle souffre beaucoup de l'intestin : elle est très constipée, elle fait des glaires, des peaux dans ses matières, et elle attire fortement l'attention sur ses symptômes. On lui a dit, d'ailleurs, qu'elle avait de la colite muco-membraneuse, et on lui a fait suivre un régime sans beaucoup de résultat. Cette malade a maigri de 10 kilos, et depuis est devenue très nerveuse.

C'est à ce moment que je l'examine et que je trouve un utérus *gros*, douloureux, en *rétroversion*. La réduction en est assez facile instantanément, et on place un pessaire de Sims.

Comme la malade souffrait un peu de l'anneau, on place en même temps qu'un anneau plus petit, quelques tampons de glycérine, pendant une huitaine de jours.

La malade, qui n'avait pas eu un bénéfice immédiat de sa correction, nous écrit un mois après, qu'elle va beaucoup mieux.

Revue six mois après. Excellent état : l'utérus tient bien ; il a diminué de volume. Amélioration de l'état général. Il s'agit d'une malade bien musclée, ayant une bonne paroi abdominale, sans ptose.

Revue en novembre 1909. L'utérus tient bien. La malade a repris de l'embonpoint. Sur sa demande, on enlève le pessaire huit jours après. A un nouvel examen, l'utérus a conservé sa bonne situation.

Trois mois après l'ablation du pessaire, la malade devient enceinte. Accouchement à terme en janvier 1911.

Revue en juillet 1911. Cette malade va toujours bien et l'utérus est en excellente position.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

Rétroversion post-puerpérale. — Endométrite. — Légère paramétrite gauche. — Réduction un an après l'accouchement. — Pessaire pendant trois ans. — Guérison.

M^{me} L..., de Lagnieu (Ain), 30 ans.

Deux accouchements, l'un il y a trois ans, l'autre il y a un an. Souffre des reins et du bas-ventre. Au moment des règles, ces douleurs sont bien aggravées, à tel point qu'elles forcent la malade à se mettre au lit. A ce moment, ce sont surtout des douleurs en coliques. Les règles durent 7 à 8 jours, avec des caillots quelquefois ; les douleurs sont surtout marquées les trois premiers jours. Dans l'intervalle, il existe des pertes blanches tachant le linge en jaune. Constipation.

Janvier 1908. — A l'examen : rétroversion au 3^e degré. Métrite cervicale. Utérus gros et douloureux. Réduction à l'hystéromètre : pessaire. Pas de prolapsus, bon périnée. Paroi abdominale assez résistante, plutôt élastique, sans vergetures. Epreuve de la sangle positive : on conseille une ceinture ou un corset droit.

Avril. — Les règles ont été bien améliorées. Continue à souffrir un peu du côté gauche du bas-ventre. A l'examen : un peu de paramétrite gauche. On met quelques tampons et replace un pessaire un peu moins grand.

12 novembre 1909. — Utérus en très bonne position. On sort le pessaire pour le nettoyer.

21 février 1911. — On enlève le pessaire. La malade est revue au bout de quarante-huit heures. L'utérus n'a pas bougé.

29 mars. — L'utérus tient très bien sans anneau.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

M^{me} X..., Saint-Claude (Jura), 31 ans. Mariée depuis neuf ans. Deux enfants à terme bien portants, le dernier il y a cinq ans.

Blennorrhagie maritale il y a quatre ans. Pertes jaunes, cuissos à la vulve, douleurs à la miction.

Grossesse avec enfant mort, il y a un an. Accouchement simple. Persistance des pertes blanches. Douleurs dans les reins et dans le bas-ventre.

Examen : juin 1909.

Béance de la vulve.

Bonne sangle périnéale, légère cystocèle.

Utérus rétroversé (3^e degré), gros, douloureux.

Métrite cervicale.

Paramétrite gauche; ovaire gauche abaissé, légèrement kystique.

Urétrite chronique avec urètre béant, polypeux.

Endométrite : exploration au tampon.

Je conseille : désinfection, puis réduction à l'hystéromètre. Pessaire. Traitement général : fer, hydrothérapie.

Depuis, la malade a été revue tous les quatre mois. Le pessaire est très bien supporté.

En septembre 1910. — Suppression du pessaire.

En février 1911. — La malade est enceinte depuis peu. Utérus très bien placé.

N'a pas été revue depuis.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GOULLIoud.)

Rétroversion constatée au cours de quatre grossesses et dans l'intervalle de celles-ci, cessant à partir de la sixième ou

septième, ne se reproduisant pas à de nouvelles grossesses et définitivement guérie.

M^{me} L. B... présente, en 1885, au cours de sa deuxième grossesse, des vomissements incoercibles. M. Fochier reconnaît un utérus gravide en rétroversion. Les vomissements cessent après la réduction de cette rétroversion, au moyen d'un pessaire Gariel gonflé dans le rectum.

En 1887, au cours d'une troisième grossesse, on retrouve de nouveau la rétroversion : on la réduit de même avec un pessaire Gariel et la maintient par un pessaire de Hodge.

En 1888, en dehors de toute gravidité, on retrouve l'utérus en rétroversion, ce qui occasionne un certain nombre de malaises. Ceux-ci disparaissent par la réduction et le port d'un pessaire de Hodge.

En 1889, au cours de la quatrième grossesse, on retrouve encore la rétroversion et on la réduit par la position gémipectorale (pessaire de Hodge).

Le 3 novembre 1893, au cours de la septième grossesse, on constate que l'utérus n'est pas en rétroversion, mais plutôt en antéversion. On note à ce moment « fait bien remarquable de non-reproduction de la rétroversion ».

Le 23 novembre 1893, on constate de nouveau que l'utérus est toujours en antéversion, malgré le retour de vomissements gravidiques assez violents.

A deux grossesses successives ultérieures, la rétroversion ne s'est pas reproduite. Cette femme a été suivie jusqu'en 1910 et examinée à plusieurs reprises : l'utérus était toujours en situation normale.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Docteur JAMIN.)

28 juin 1899. — M^{me} B..., cours Lafayette, Lyon, 23 ans. Deux enfants, le dernier il y a six mois. Malade depuis. Rétroversion. Réduction à l'hystéromètre assez facile. Hodge n° 4.

Septembre 1899. — La malade va relativement bien. Mais elle conserve des troubles digestifs et a beaucoup maigri.

Octobre 1900. — On enlève l'anneau. La malade va bien.

Janvier 1901. — Nouvelle grossesse. Accouchement le 5 août.

1^{er} septembre 1901. — Reproduction de la rétroversion. Réduction manuelle bien complète. Smith.

Janvier 1902. — On enlève l'anneau : l'utérus reste en place. La malade a été revue plusieurs fois depuis; elle va très bien.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur JAMIN.)

M^{me} P..., Lyon.

Mariée le 4 mars 1902.

Dernières règles 10-16 mai 1902.

Accouchement, 26 janvier 1903, assez rapide.

5 mars 1903. — Constatation d'une rétroversion complète. Réduction à l'hystéromètre. Hodge. La malade va bien.

31 août. — On enlève l'anneau et la malade, revue plus tard, va parfaitement bien.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur JAMIN.)

1907. — M^{me} D..., de Lyon, 26 ans, secondipare.

La grossesse actuelle date du mois d'avril; les dernières règles ont eu lieu du 1^{er} au 6 avril. La malade accouche normalement le 18 décembre d'une fille de 3 kil. 200. Les suites de couches se sont passées sans élévation de température et sans incident.

2 avril 1908. — La malade se plaint de pesanteur, de

malaises, de douleurs au moment des époques. On constate une rétroversion complète; l'utérus est un peu augmenté de volume, mobile. Réduction manuelle si complète et si facile qu'on ne met pas de pessaire.

11 mai 1908. — La rétroversion s'est reproduite et la malade a ressenti les mêmes malaises. Réduction de la rétroversion : Smith.

12 juin 1908. — La réduction s'est parfaitement corrigée. Il n'y a plus de douleur. On enlève l'anneau.

Depuis, la malade, revue à plusieurs reprises, va parfaitement bien : l'utérus est en place.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur JAMIN.)

M^{me} F..., Lyon.

5 mars 1909. — La malade est mariée depuis quatre ans. Début de grossesse (les dernières règles ont cessé le 7 septembre).

14 juin 1909. — Accouchement nécessitant un forceps sur le plancher : c'est une fille de 3 kil. 930.

23 juillet 1909. — Je constate une rétroversion complète. Je la réduis à l'hystéromètre. Pessaire de Hodge.

Depuis, la malade va bien.

1^{er} octobre 1909. — L'utérus est bien placé : on enlève l'anneau.

La malade, revue depuis, a eu une nouvelle grossesse normale.

La rétroversion ne s'est pas reproduite après le dernier accouchement.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Docteur JAMIN.)

M^{me} V..., institutrice (Polliaret, Ardèche), 24 ans.

25 mars 1910. — Accouchement d'un enfant, qui est mort

trois jours après : avait de l'albuminurie pendant la grossesse.

Nouvelle grossesse : les dernières règles sont du 2 au 7 juillet.

18 avril 1911. — Accouche à Lyon. Accouchement un peu difficile, avec une déchirure du périnée nécessitant une suture, pratiquée par le Dr Pellanda.

5 mai. — On constate que la malade va bien, mais l'utérus en rétroversion est resté un peu gros. Réduction à l'hystéromètre. Pessaire de Hodge.

Revue plus tard, la malade va parfaitement : elle nourrit et on supprime le pessaire.

L'utérus n'est pas retombé depuis.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Docteur JAMIN.)

M^{me} C..., Lyon, 26 ans.

2 septembre 1910. — Mariée depuis le mois de novembre 1909. Début de grossesse. Dernières règles du 20 au 22 mars 1910. Premiers mouvements le 8 août.

14 décembre. — Accouchement normal d'une fille de 3 kil. 200. La malade a perdu un peu longtemps.

9 janvier 1911. — On constate que l'utérus est en rétroversion, en subinvolution. Réduction à l'hystéromètre. Smith.

24 février. — Les pertes ont cessé après la réduction; l'utérus a repris son volume normal; il est en antéversion: on enlève l'anneau.

La malade, revue plusieurs fois par la suite, va tout à fait bien.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur JAMIN.)

M^{me} B..., Lyon, 34 ans.

Décembre 1910. — Deux enfants âgés de 16 et 12 ans. A eu une hématoçèle soignée à l'Hôtel-Dieu.

Nouvelle grossesse. Les dernières règles sont du 20-25 mars. Accouche le 31 décembre 1910.

3 mars 1911. — Revient. On trouve l'utérus en rétroversion. Réduction difficile à l'hystéromètre. Pessaire de Smith.

14 avril. — La réduction s'est bien maintenue.

1^{er} mai. — On enlève l'anneau.

Depuis, la malade va très bien : l'utérus est resté en place.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur JAMBON.)

Rétroversion post-puerpérale mobile, avec dysménorrhée.
— Réduction et port d'un pessaire de Smith pendant cinq mois. — Guérison de la rétroversion.

M^{me} X..., 32 ans, vient consulter en février 1909.

Pas d'antécédents. Accouchement normal il y a cinq ans. Depuis, dysménorrhée : les règles sont à peu près régulières, mais toujours douloureuses. Quelques pertes blanches. Il y a un mois, crise de dysménorrhée plus intense que d'habitude : on pense à une hématoçèle.

A l'examen : utérus gros, mou, en rétroversion, mais très mobile.

Réduction bimanuelle facile, maintenue par un pessaire de Smith. On recommande à la malade de prendre des injections quotidiennes.

En juillet 1909, la malade est revue. Les règles ne sont plus douloureuses, l'utérus est diminué de volume.

On enlève le pessaire : l'utérus reste en antéversion.

Depuis, la malade a été examinée à plusieurs reprises : elle va très bien et l'utérus se maintient en bonne position.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PELLANDA.)

M^{me} G..., de Francheville, 24 ans.

Accouchée le 30 août 1908 ; forceps après trente heures de travail, sans déchirure périnéale. Depuis, souffre et perd en blanc.

14 novembre 1908. — Bon périnée ; col déchiré. Utérus long, lourd, rétroversé, rétrofléchi, peut-être adhérent, car les tentatives de réduction manuelle sont douloureuses et inefficaces — semblent cependant modifiées par la position génu-pectorale. — A revoir dans quinze jours.

1^{er} décembre. — A fait prière mahométane deux fois par jour. Réduction au doigt : anneau.

1^{er} juin 1909. — Bon état général ; utérus très bien maintenu. Volume normal. On enlève l'anneau.

15 juillet. — Rétroversion reproduite. Réduction facile. Remis anneau.

17 septembre. — Bon état général. Utérus en très bonne position. Laissé anneau.

L'anneau a été remplacé à deux reprises en 1910, la malade ayant maigri (surmenage, ennuis domestiques).

2 mars 1911. — A pris 2 kilos depuis la fin de l'année dernière — tonicité musculaire des parois du ventre plus grande. — N'a plus fait de gymnastique spéciale depuis la première pose du pessaire. Ablation de l'anneau.

29 août. — Utérus en très bonne attitude. Excellent état général et local.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PELLANDA.)

M^{me} Herg...

15 février 1911. — 28 ans. Mariée il y a sept ans. Enfants de 6 et 3 ans. Enfance malade : aurait souffert de dilatation d'estomac. Bien réglée. Fièvre après les deux accouchements. Après le second accouchement une rétroversion aurait été constatée par le D^r D... Aurait disparu, aux dires de la malade, par la position à plat ventre répétée une demi-heure, matin et soir. La malade ne sait pas, si au cours d'un examen, il y a eu une pratique de réduction. N'a jamais eu d'anneau.

A beaucoup maigri (revers, chagrins conjugaux). Aurait pâli.

Ptose : ventre flasque ; néphroptose droite.

Utérus gros, rétrofléchi, rétroversé. Se laisse facilement réduire à la main.

Réduction manuelle : anneau rond, qui paraît mieux tenir que Smith. Liqueur de Fowler, carnine, pâtes, œufs.

26 avril. — A maigri encore de 500 grammes. Utérus bien maintenu. Injections sous-cutanées de cacodylate de soude et strychnine.

7 juillet. — Repos à la campagne. A engraisé de 5 kilos. Tonicité abdominale meilleure. Fait matin et soir de la gymnastique suédoise (mouvements de flexion du thorax sur le bassin, les jambes étant fixées). On enlève l'anneau, l'utérus paraissant fortement antéversé.

2 octobre. — A fait long séjour à la campagne. A pris encore 3 kilos. Utérus en bonne attitude. Malade très satisfaite.

(Chez cette malade, le périnée est distendu : y a-t-il eu une déchirure vraie ou simplement écoulement ?)

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PELLANDA.)

M^{me} Br..., 35 ans. Enfant de 8 ans.

21 mai 1910. — Aurait eu en février un retard de huit jours, suivi de pertes qui ont duré trois semaines. Souffre du ventre de façon continue, calmée par le repos au lit. Constipation. A maigri de 6 kilos depuis le début de l'année. Tousse un peu. Alternatives de diarrhée avec glaires et de constipation.

Utérus lourd, rectiligne, rétroversé. Périnée et vagin normaux. Annexe droite sensible. Rien aux poumons.

Injections de cacodylate. Jus de viande crue. Lavements chauds quotidiens Prière mahométane.

29 juillet. . . A fait irrégulièrement la gymnastique indiquée. Utérus nettement mobile. A pris 4 kilos. Réduction au doigt : anneau.

18 novembre. — Après séjour à la campagne a pris encore 4 kilos. Enlevé l'anneau sur sa demande.

22 décembre. — Bon état général. Utérus tient toujours en bonne attitude.

Revue en 1911. Pas de récidence de la rétroversion.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PELLANDA.)

M^{me} Mag...

22 septembre 1908. — 28 ans. Une grossesse il y a cinq ans. Vient pour retard de règles. Dernières règles : 20-25 juillet. N'a jamais été examinée depuis son accouchement (normal). Dit que les règles sont plus abondantes qu'avant sa première grossesse, de plus douloureuses, surtout depuis le début de 1908.

Utérus rétrofléchi, rétroversé, au point que j'hésite d'abord avec une collection dans le Douglas.

La grossesse reconnue, réduction par le toucher anal en position génu-pectorale : anneau.

13 janvier 1909. — Enlevé anneau.

A accouché normalement le 15 avril 1909.

1910. — Actuellement enceinte de quatre mois. Utérus est resté en attitude parfaite.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PELLANDA.)

M^{me} M..., Saint-Romain-de-Popey.

8 mars 1909. — 46 ans. Trois enfants : le dernier a 12 ans. Se plaint de pesanteur pelvienne, de lourdeur anale.

Utérus gros, rétroversé.

Réduction facile au doigt.

Refuse de se laisser placer un anneau « pour ne pas causer d'ennui à son mari ». Sous prétexte de vérifier, je place un Smith.

12 juillet. — Utérus tient bien. *Ne sait pas qu'elle a un anneau.* Je l'enlève.

5 octobre. — Revue en excellent état. Est persuadée qu'elle a guéri sans anneau. Pas d'autres soins que ceinture de Glénard, surveillance générale de l'état intestinal et moindre fatigue.

Pas revue.

Au cours de ces trois derniers mois, où nous avons suivi avec fruit le service de M. le professeur A. Pollosson à la Charité, nous avons pu prendre nous-même ou relever sur l'Agenda de la Clinique gynécologique les quelques observations qui suivent.

OBSERVATION XVIII

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur A. POLLOSSON.)

M^{me} P..., 30 ans.

Mariée à 20 ans.

En 1902. — Premier accouchement : suites normales.

En 1903. — Fausse couche de six mois. Un peu de fièvre. Rétroversion constatée. On lui place un pessaire à la Charité, qu'elle conserve dix mois. On lui l'enlève parce qu'elle est enceinte de trois mois.

En 1904. — Deuxième accouchement normal. Un peu d'infection : abcès du sein gauche.

La rétroversion se reproduit : on replace un pessaire trois mois après l'accouchement. La malade le garde huit mois. Pendant quatre ans l'utérus reste en bonne position.

En 1909. — Fausse couche d'un mois (curage digital à l'hôpital de Villeurbanne).

L'utérus a de la tendance à se renverser.

On replace un pessaire, qui est enlevé au bout de cinq mois.

Octobre 1911. — L'utérus est en antéversion normale. Elle souffre un peu au niveau des annexes. On place quelques tampons.

OBSERVATION XIX

(Clinique gynécologique, Service de M. le Professeur A. POLLOSSON.)

M^{me} V... vient à la consultation le 13 avril 1904. Examen : rétroversion demi-réductible, empatement. On fait quelques séances de columnisation, puis on place un pessaire de Smith.

28 septembre 1904. — L'anneau tient très bien. On l'enlève. L'utérus reste bien réduit.

OBSERVATION XX

(Clinique gynécologique. Service de M. le Professeur A. POLLOSSON.)

M^{me} M... vient à la consultation en décembre 1903. Examen : rétroversion, réduction. On place un pessaire de Hodge.

13 avril 1904. — Le pessaire est enlevé depuis quelques jours. L'utérus est bien placé; grossesse probable.

OBSERVATION XXI

(Clinique gynécologique. Service de M. le Professeur A. POLLOSSON.)

M^{me} D... vient à la consultation le 28 février 1908. Examen : ancienne rétroversion réduite il y a quatre ans, s'est reproduite. Utérus gros, mou, métritique (deux fausses couches).

On réduit et place un pessaire de Hodge.

2 décembre 1908. — On enlève le pessaire. L'utérus reste très bien réduit.

OBSERVATION XXII

(Clinique gynécologique. Service de M. le Professeur A. POLLOSSON.)

M^{me} D... vient à la consultation en février 1908. Examen : rétroversion à la suite d'une fausse couche avec infection.

Massage pendant quinze jours, puis columnisation.

Réduction, on place un pessaire de Hodge.

Août 1909. — Actuellement, l'utérus est en très bonne position. On supprime le pessaire.

OBSERVATION XXIII

M^{me} Claire N..., 27 ans, vient à la consultation en décembre 1910.

Mariée depuis cinq ans. Un accouchement normal il y a trois ans.

Depuis deux mois, elle a d'abondantes pertes blanches et éprouve de violents maux de reins.

Examen : utérus en rétroversion, très mobile.

Réduction : pessaire de Hodge.

17 octobre 1911. — Revient : le pessaire a été très bien toléré. On l'enlève. L'utérus est en antéversion et semble vouloir conserver cette situation.

4 novembre. — L'utérus tient bien.

OBSERVATION XXIV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur QUINCIEU).

Marie B..., femme G..., 30 ans (Saint-Marcellin, Isère).

10 mars 1908. — Mariée à 21 ans. 2 accouchements normaux, à 23 et à 27 ans. Jamais de fausse couche.

Réglée à 27 jours. Depuis la dernière grossesse perd 8 jours au lieu de 5 jours, comme auparavant. Depuis cet accouchement, éprouve aussi de fortes douleurs lombo-sacrées, souffre aussi pendant le coït, a parfois quelque douleur au moment de la miction, qui paraît gênée, au dire de la malade. Est devenue « très nerveuse » depuis cette dernière grossesse.

Examen : utérus en rétroversion complète, paraît très volumineux. Douleur à gauche et à droite, au niveau des annexes, qui paraissent entourées d'œdème. Massage. Columnisation (12 séances). A la douzième, on trouve l'utérus *réduit spontanément*, quand on enlève la columnisation.

On fait encore deux séances de massage et de columnisation. L'utérus paraît alors revenu à des dimensions sensiblement normales. Du côté des annexes il n'y a pour ainsi dire plus rien ; l'empâtement péri-annexiel a complètement disparu. Le périnée ayant été un peu déchiré par les accou-

chements, on place un pessaire en berceau qui semble devoir être mieux supporté que ne le serait un Smith ou un Hodge.

23 avril 1908. — La malade, qui a son Berceau depuis une dizaine de jours, revient, se plaignant de souffrir en arrière, de ne pouvoir s'asseoir sans douleur, et d'avoir parfois de fortes douleurs et de la difficulté de la miction. Examen : utérus toujours bien placé, mais le Berceau semble un peu trop grand. On l'enlève et il est remplacé par le numéro au-dessous (70 mill. au lieu de 75 mill.).

19 novembre. — Revient; n'a plus souffert. Le Berceau est enlevé, nettoyé et remis en place.

27 avril 1909. — Idem.

17 octobre. — Idem.

24 février 1910. — Revient et demande qu'on enlève le pessaire, tant elle se trouve bien. On l'enlève.

12 décembre. — Revient, étant de passage à Lyon, mais déclare ne pas souffrir et se trouver très bien. Examen : état parfait, utérus en très bonne position, malgré l'état du périnée, qui laisse à désirer.

Pas revue depuis.

OBSERVATION XXV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur QUINCIEU.)

Joséphine P..., femme C... (Lyon).

13 janvier 1910. — 40 ans. Mariée à 21 ans, 2 accouchements normaux à 22 et 24 ans. Une fausse couche de deux mois et demi à 27, à la suite d'une chute. Malaises vagues depuis fort longtemps. Les règles, qui jadis étaient régulières et non douloureuses tous les 28 jours et qui duraient 3 jours chaque fois, sont maintenant à 21 jours, durant 6 à 7 jours et s'accompagnant de violentes douleurs. Parfois, quelques caillots sur la fin des règles.

Examen : pas d'annexite, pas d'empâtement dans les culs-de-sac, mais utérus paraissant très volumineux, en-

clavé dans la concavité du sacrum, en rétroversion complète. Le col, un peu court, ne donne pas de prise au doigt, pour tenter une réduction manuelle. On emploie l'hystéromètre et la réduction se fait sur-le-champ, avec une extrême facilité. Aussitôt réduit, l'utérus paraît diminué de volume et reprend ses dimensions très normales. Le périnée paraissant très bon, on place sur-le-champ un Smith.

26 janvier. — Revient : inquiète, redoute, semble-t-il, une grossesse, parce qu'elle attendait les règles à 21 jours le 20 janvier, et que rien n'est arrivé. Examen : utérus très bien maintenu par le Smith. Col un peu mou, mais pas de signes de grossesse. Il est probable que les règles vont arriver bientôt.

18 mars. — Revient : les règles sont venues deux fois depuis à 28 jours (4 jours). Le Smith est nettoyé et remplacé.

29 octobre. — Etat toujours excellent. Smith nettoyé et remis. Demande qu'on l'enlève : nous préférons attendre encore.

20 janvier 1911. — Revient. Cette fois nous enlevons le Smith, car l'utérus semble tout à fait fixé en position normale.

27 juillet. — La malade va partir pour la campagne et veut être revue avant son départ. A toujours été bien réglée à 28 jours depuis la réduction de l'utérus. Examen : antéversion toujours parfaite. Nous recommandons d'éviter les efforts.

Pas revue depuis.

OBSERVATION XXVI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GOULLIOUD).

Rétroversion amenant de la rétention d'urine au cours d'une grossesse. — Reproduction de la rétroversion constatée au cours d'une nouvelle grossesse. — Port d'un pessaire pendant deux ans. — Guérison de la rétroversion.

M^{me} N. B., âgée de 25 ans, se présente chez moi le

25 novembre 1906. Elle raconte qu'à sa deuxième grossesse elle a dû être sondée vers le troisième mois et pendant un mois, par le docteur, puis par son mari. Elle est enceinte de nouveau, mais elle craint de voir la rétention d'urine se reproduire, et c'est pourquoi elle vient consulter.

Je trouve un utérus gravide en rétroversion et suppose que la rétroversion est congénitale, car le cul-de-sac antérieur du vagin est très peu développé. Je réduis avec quelque difficulté et place un pessaire.

Le pessaire est enlevé le 12 février 1907 : il a fait merveille et la malade n'a eu aucun trouble pour uriner pendant cette grossesse. Accouchement simple le 25 juin 1907.

A la suite, l'utérus paraissant disposé à tomber en rétroversion, je mets un pessaire de Hodge, qui maintient l'utérus en bonne position (26 août 1907).

Près de deux ans après (3 mars 1909), M^{me} N. B... a gardé son pessaire, n'en étant nullement incommodée. Je l'enlève à ce moment : l'utérus est en bonne position.

Deux ans plus tard, en avril 1911, la malade étant enceinte de deux mois, je retrouve l'utérus en bonne position, et il reste bien réduit pendant le cours de la grossesse.

OBSERVATION XXVII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur QUINCIEU).

Louise B..., femme B..., 33 ans (Roanne), vient consulter le 3 juin 1905.

Mariée à 23 ans, jamais de grossesse.

Réglée régulièrement, à 24-25 jours en moyenne. Durée : 4 à 5 jours très abondamment.

Souffre peu, mais constamment depuis le mariage.

Examen : utérus en rétroversion complète. Col un peu pointu, pas de trace d'annexite ni à droite, ni à gauche.

Sur-le-champ, réduction à la main ; l'utérus est facile-

ment amené en anteversion normale. On place un pessaire de Smith.

15 novembre 1905. — Le Smith a été très bien supporté. La malade n'a plus souffert du tout. Règles toujours à 24-25 jours, mais dureraient un jour de moins qu'auparavant. Le pessaire est remplacé après nettoyage.

2 avril 1906. — Toujours état parfait. On propose la suppression du pessaire, mais la malade n'accepte pas, craignant, dit-elle, de voir recommencer les quelques malaises qu'elle éprouvait avant la réduction de son utérus. Après nettoyage, le pessaire est donc remis en place.

23 septembre. — Etat toujours excellent. On propose encore l'enlèvement définitif du pessaire. La malade accepte.

21 novembre. — Revient parce qu'elle souffre depuis une huitaine de jours à la suite d'un effort : a voulu soulever une valise pleine de vêtements, a senti une douleur très nette sur le moment, qui, depuis, n'a pas cessé. Examen : la rétroversion s'est reproduite, on replace le même pessaire de Smith qu'on avait eu la précaution de mettre de côté.

La malade est revue depuis de six mois en six mois, jusqu'au 8 mai 1908. Va toujours très bien. Le Smith est enlevé.

11 octobre 1909. — Vient d'avoir un retard de 10 jours. Les règles sont arrivées ensuite très normalement et ont duré 4 jours. Pas de caillots. A l'examen : utérus en anteversion très normale. Rien à signaler d'autre part.

22 juin 1910. — Revient parce qu'elle a peur, à la suite d'une chute dans un escalier, d'avoir de nouveau l'utérus en arrière. Examen : il n'en est rien. L'anteversion se maintient très normale.

Pas revue depuis.

OBSERVATION XXVIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

Rétroversion avec abaissement utérin, consécutive à l'amaigrissement causé par une fièvre typhoïde grave. — Réduction : pessaire. — Quinze mois après, on sort l'anneau. — L'utérus tient très bien. — Les tissus se sont raffermis, sous l'influence de l'amélioration de l'état général.

M^{me} X..., habitant le Jura, m'est amenée par un de ses parents, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une jeune femme, d'une trentaine d'années environ, ayant eu un accouchement, il y a trois ans, sans aucune suite pathologique, qui vient d'avoir une fièvre typhoïde grave. Depuis trois mois, elle est entrée en convalescence; pendant deux mois et demi elle est restée au lit.

Depuis quelque temps, elle souffre de ses règles, ce dont elle ne souffrait pas auparavant; les rapports sont douloureux. Elle souffre également des reins et il lui semble que dans les efforts, elle sent au niveau de la vulve quelque chose qui descend.

Je constate une rétroversion, avec col à la vulve pendant les efforts, sans cystocèle, sans rectocèle. Le périnée est flasque, mais il n'y a pas de déchirure. Il s'agit d'une malade qui a maigri énormément au cours de sa fièvre typhoïde. Elle ne peut nous donner un chiffre exact, mais elle sait qu'elle a maigri de 15 kilos. La paroi abdominale est relâchée, la malade est pâle et anémiée.

En présence d'une rétroversion compliquée d'abaissement, il me semble que seule une intervention sera capable de débarrasser cette malade encore jeune de son infirmité. Je conseille toutefois d'attendre avec un pessaire que l'état général soit meilleur. Réduction manuelle de l'utérus : pessaire de Smith.

Trois mois après, je revois cette malade, qui va beaucoup mieux, qui a repris un peu d'embonpoint. Le pessaire est très bien supporté; l'utérus est en très bonne position. Elle me demande si elle peut partir en Algérie.

Un an après, je revois cette dame, retour d'Algérie. Elle est transformée au point de vue état général. Ses tissus ont repris de la fermeté et quand je l'examine au point de vue local, je me demande comment j'ai pu songer chez cette malade à une intervention. Le périnée est solide, les parois vaginales tendues, l'utérus est en très bonne position. On sort le pessaire.

Trois mois après, passant à Lyon pour regagner l'Algérie, cette malade vient se montrer. Elle va tout à fait bien. Son utérus est en très bonne attitude.

OBSERVATION XXIX

(Due à l'obligeance de M. le Docteur VIOLET.)

Rétroversion chez une nullipare vierge? — Les accidents ont débuté immédiatement après une chute sur les reins. — Pas de ptose, pas de prolapsus. — Réduction. — Pessaire pendant un an. — Guérison. — (On se demande s'il s'agit d'une rétroversion congénitale accentuée par le traumatisme ou d'une rétroversion traumatique pure.)

M^{lle} X..., 24 ans. Villefranche.

N'est pas mariée, n'a jamais eu d'enfant ni fausse couche. Prétend n'avoir jamais eu de rapports, mais l'examen vulvaire dénote une virginité douteuse.

Vient consulter en 1906 pour des douleurs de reins avec irradiations dans les cuisses et pesanteur dans le bas ventre, survenues depuis trois mois, à la suite d'une chute sur le dos dans un escalier. La malade fait remonter très nettement le début de ces symptômes à cet accident. Elle a souffert beaucoup à ce moment, elle a été obligée de se coucher

quarante-huit heures et depuis elle a ressenti une douleur au niveau de la région sacrée, qui n'a jamais disparu. Les règles, douloureuses auparavant, l'ont été davantage depuis.

A l'examen, on constate une rétroversion sans prolapsus; le col ne descend pas à la vulve, le périnée est intact et résistant. La réduction à l'hystéromètre est facile, mais il est très difficile de trouver un pessaire suffisamment grand, pour maintenir l'utérus, parce que d'un côté l'étroitesse de la vulve ne permet que l'introduction d'un pessaire petit, et d'autre part que le dôme vaginal et le cul-de-sac postérieur sont très développés; on a l'impression qu'il faudrait un pessaire beaucoup plus grand que ne le permettent les dimensions de la vulve.

Devant ces difficultés, on remplit le cul-de-sac postérieur avec de la pâte à prendre des empreintes, dont se servent les dentistes, et on applique un pessaire par-dessus.

Ce genre de pessaire a été très bien supporté pendant six mois, sans déterminer de sécrétions. L'utérus a été très bien tenu. Au bout de ce temps, on le remplace par un pessaire de Dumontpallier élastique, qui a l'air de maintenir la correction.

Six mois après, cette jeune fille demande à ce qu'on lui sorte son anneau. Elle est revue au bout de deux mois avec un utérus en très bonne position.

CHAPITRE IV

Résultats.

La plupart des auteurs sont en désaccord sur la question des pessaires. Si le pessaire compte beaucoup d'ennemis, il a aussi de notables partisans. Bouilly, Doléris, au Congrès de Bordeaux en 1895, ont essayé de le réhabiliter. « Contre les utérus en rétrodéviations, dit Péan, la chirurgie n'a guère à intervenir. Les pessaires, bien que déclarés insuffisants, incommodes et même malpropres, par certains chirurgiens, ne méritent pas cet excès de rigueur. » A Lyon, notamment M. le professeur Pollosson, le docteur Condamin et la plupart des gynécologues se déclarent satisfaits des résultats de la pessarothérapie.

En comparant les statistiques des différents auteurs ayant traité de ce sujet, on y trouve de sensibles différences :

Sänger, d'après une statistique personnelle très scrupuleuse, faite sur 57 cas de sa pratique privée, n'a obtenu que 7 guérisons, soit 12,2 p. 100, par les pessaires, et 27 améliorations, soit 47 p. 100. Dans 15 cas, soit 26,3 p. 100, aucun résultat local, quoiqu'il y ait eu diminution des symptômes subjectifs.

Par contre, Bouilly a obtenu de très bons résultats des

pessaires. Sur 130 cas, il a compté 105 succès définitifs, c'est-à-dire la disparition de tous les troubles attribués à la rétrodéviatiou et le maintien de l'utérus en bonne attitude après le retrait du pessaire : 12 insuccès chez des hystériques où le pessaire ne put être toléré; 13 cas où la disparition des accidents est obtenue, mais l'utérus reste en rétrodéviatiou une fois le pessaire retiré. Bouilly a vu 6 fois se produire une grossesse, soit pendant le port de l'appareil, soit après son retrait, chez des femmes stériles auparavant.

Schultze évalue à 50 p. 100 le nombre de ses guérisons définitives.

Nous regrettons de ne pouvoir apporter dans ce travail une statistique personnelle. Le temps nous a manqué pour l'observation d'un assez grand nombre de malades. Néanmoins nous avons pu recueillir 29 observations de malades dont la guérison a été constatée à plusieurs reprises. C'est dire que les cures définitives sont assez fréquentes, plus fréquentes même qu'on n'aurait tendance à le croire, si l'on songe que quantité de nos malades, soulagées dès la pose du pessaire, ne nous reviennent plus.

Sur nos 29 observations de cures définitives, nous comptons :

2 rétroversions congénitales ?

1 rétroversion traumatique;

25 rétroversions post-puerpérales :

1 rétroversion par amaigrissement consécutif à une fièvre typhoïde.

Il est donc bien évident que le pessaire donne des résultats dans ces différents cas, surtout dans les rétrover-

sions post-puerpérales, qui, à elles seules, constituent la grande majorité des rétroversions. Nous croyons que le traitement orthopédique doit être essayé en premier lieu; ce n'est qu'au bout d'un certain temps du port du pessaire qu'on peut affirmer le bon résultat ou l'échec du traitement, et ce n'est que lorsque le traitement donne des insuccès qu'il est permis de penser au traitement opératoire.

Aussi, tout en reconnaissant que le pessaire échoue dans certains cas, nous sommes convaincus que la plupart des rétroversions post-puerpérales doivent guérir par le pessaire à condition d'être traitées à temps et d'une façon convenable et suivie.

Si nous comparons ce traitement inoffensif avec les résultats aléatoires de l'intervention, l'influence qu'elle pourra avoir sur la marche des accouchements futurs, nous dirons, que le traitement par le pessaire, non seulement est à opposer au traitement chirurgical, mais que dans bien des cas, il donne de meilleurs résultats que l'opération, puisque c'est la *restitutio ad integrum*.

CHAPITRE V

Indications.

Il nous est aisé maintenant de poser les indications du pessaire. Toutefois, il est bien entendu que nous ne traiterons ici que les rétroversions mobiles, les rétroversions réductibles.

Dans les rétroversions congénitales, on ne peut pas attendre beaucoup du traitement. Chez une jeune fille à vulve étroite, à hymen non déchiré, il ne faudra pas essayer d'introduire un pessaire, car cette introduction ne serait pas sans inconvénient. Même dans les cas d'un hymen déchiré, il est préférable de ne pas tenter l'expérience; en effet, le pessaire risque fort de rester sans résultat par suite de la brièveté du vagin. Il est préférable d'attendre le mariage. Il faudra alors compter sur la grossesse. Nous réduirons l'utérus gravide une fois le diagnostic posé et placerons un pessaire jusqu'à la fin du quatrième mois; celui-ci sera remis après l'accouchement. Nous obtiendrons quelquefois des résultats. Malheureusement, la rétroversion congénitale est souvent une cause de stérilité, c'est pourquoi on est autorisé à intervenir si, après quelques années, le mariage est demeuré stérile.

Dans les rétroversions traumatiques (d'ailleurs très rares), les effets du pessaire sont parfois bons. L'utérus réduit, le pessaire placé, on prescrira aux femmes le repos, on leur recommandera d'uriner souvent, d'éviter la constipation, les efforts violents et alors l'utérus pourra reprendre d'une façon définitive sa situation primitive. Mais souvent le traumatisme n'aura fait qu'exagérer le prolapsus préexistant et seule l'intervention pourra être efficace.

Les rétroversions post-puerpérales, par subinvolution, restent le prototype de la rétroversion curable par le pessaire. Nos nombreuses observations le démontrent. Ces utérus gros, mous, douloureux, redeviennent alors normaux. L'effet de la reposition est presque immédiat : la diminution de l'organe dans sa longueur et dans son épaisseur peut être appréciée par le doigt explorateur ou par la sonde et peut atteindre 1 centimètre en quelques jours. Les douleurs de la femme diminuent, puis disparaissent complètement, les mouvements deviennent plus faciles, la miction et la défécation se font aisément. Au bout d'un temps variable, l'antéflexion normale succède à la rétroversion.

En ce qui concerne les rétroversions métritiques nous devons distinguer 3 cas :

1° S'il s'agit d'une métrite grave, réclamant un curetage ou une amputation du col, mieux vaut profiter de l'anesthésie et faire en même temps une opération orthopédique. Les malades elles-mêmes demandent ce traitement.

2° S'il s'agit d'une métrite légère, le pessaire pourra être appliqué sans inconvénient et aura d'excellents

effets. Ainsi l'utérus redressé videra bien ses sécrétions, le catarrhe du col et celui de la cavité du corps, si pas trop anciens, disparaîtront bien vite. Les menstruations profuses ou trop souvent répétées, feront bientôt place à une menstruation normale.

3° S'il s'agit enfin d'une rétroversion avec paramétrite nous devons tout d'abord faire de la columinisation, du massage ; et ce n'est que lorsque tout phénomène inflammatoire aura disparu, que les douleurs auront cessé, que l'utérus sera réduit, qu'on pourra commencer le traitement par le pessaire.

Dans les rétroversions fonction de relâchement des ligaments, consécutives à des ptoses, à des amaigrissements intenses (comme dans la convalescence des maladies infectieuses), le pessaire trouve là encore une excellente indication, mais nous aurons soin, en même temps, de combiner son emploi avec celui d'une ceinture hypogastrique, et de faire un traitement général (fer, suralimentation, hydrothérapie).

Les rétroversions fonction de prolapsus relèvent uniquement de la chirurgie, mais, là encore, le pessaire rendra bien des services ; c'est le meilleur moyen d'attente. Les malades soulagées, on pourra ainsi retarder l'intervention et profiter du moment favorable.

Les rétroversions séniles enfin, n'occasionnent en général aucun trouble pathologique ; l'utérus, petit, sclérosé, a passé l'âge des congestions et n'est nullement douloureux. Il n'y faut pas toucher.

En résumé, sauf ce dernier cas, toutes les rétroversions réductibles, même non douloureuses, doivent être traitées. Il ne faut jamais les considérer comme une affec-

tion insignifiante, car une rétroversion réductible est à peu près fatalement condamnée à des complications. Comme le dit Trélat, elle tend à contracter des adhérences, à devenir douloureuse, et le traitement deviendra alors beaucoup plus difficile et plus dangereux.

CONCLUSIONS

I. — Dans certaines formes de rétroversions utérines, le traitement par le pessaire est capable de donner un résultat définitif. Ce résultat, c'est la guérison complète.

II. — Les rétroversions dans lesquelles le pessaire donne le plus facilement des résultats sont les rétroversions, dues à de la subinvolution ou à de la métrite. Grâce à la réduction et au maintien de cette réduction par le pessaire, l'utérus se décongestionne, diminue de volume et ses ligaments reprennent leur tonicité; ou bien la métrite guérit. Il peut en être de même dans les rétroversions ptose, mais il faut ajouter ici un traitement général.

III. — Le résultat de cette pessarothérapie exige au préalable une réduction parfaite (hystéromètre), le choix d'un pessaire suffisamment grand, le port de ce pessaire pendant un temps variant entre six mois et trois ans.

IV. — Après une cure complète, la récurrence peut survenir, soit après un traumatisme, soit après une grossesse et un accouchement. Le même traitement, en tout cas, doit être appliqué.

V. — L'indication de l'intervention dans les rétroversions ne peut être posée qu'après une tentative suivie de traitement par le pessaire, et beaucoup des indications

opératoires ne relèvent que des contre-indications du pessaire.

VI. — Dans certaines formes cliniques de rétroversions, en particulier les rétroversions compliquées d'abaissement utérin, c'est-à-dire fonction de prolapsus, le pessaire a beaucoup moins de chances de donner des résultats. Ce sont des formes justiciables de l'intervention. Même dans ces cas, le pessaire est indiqué comme le meilleur moyen d'attendre l'âge favorable à l'intervention.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

AUG. POLLOSSON.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 novembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAROZZI. — Traité de gynécologie.
- BOUILLY. — *La Gynécologie*, 15 février 1896.
- BOURSIER. — Traité de gynécologie.
- CHROBAK. — VII^e Congrès de la Société allemande de gynécologie.
- JAYLE ET LIMA. — *Revue de Gynécologie*, 1907.
- KÜSTNER. — Handbuch de Gynécologie de Veit.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- MACKENRODT. — Discussion de la Société de gynécologie de Berlin.
- PÉAN. — II^e Congrès de gynécologie, Genève, 1896.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
— *Revue de Gynécologie*, 1907.
- SANGER. — Ueber Behandlung der Retroversio-flexio-uteri (*Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 666).
- SCHULTZE. — Traité des déviations utérines.
- TRÉLAT. — Clinique chirurgicale, tome II, p. 674.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER : Considérations générales sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie des rétroversions.	7
CHAPITRE II : Traitement par les pessaires.	24
CHAPITRE III : Observations.	31
CHAPITRE IV : Résultats.	54
CHAPITRE V : Indications.	57
CONCLUSIONS.	61
BIBLIOGRAPHIE.	63
